

L'ENTÉRO-CÔLITE

MUCO-MEMBRANEUSE

L'ENTÉRO-CÔLITE

MUCO-MEMBRANEUSE

PAR

Le Dr FROUSSARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDECIN CONSULTANT A PLOMBIÈRES-LES BAINS

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1904

PRÉFACE

Dans un précédent travail publié en 1900 (1), nous nous sommes efforcé de grouper en une seule étude d'ensemble les différents faits et documents épars, qui avaient servi de point de départ aux multiples et variables descriptions de l'entéro-côlite muco-membraneuse. Dans notre thèse on trouvera, en effet, à côté du tableau des nombreux aspects cliniques de cette affection, tracé d'après l'étude des observations, l'exposé des théories pathogéniques en cours. Notre rôle personnel s'est borné à l'apport de quelques observations nouvelles,

(1) Contribution à l'étude de l'entéro-côlite muco-membraneuse. (*Thèse* de Doctorat. Paris 1900. Steinhel).

et à l'analyse critique des opinions émises sur la pathogénie.

L'examen clinique et l'interprétation des faits soumis à notre observation dans la station hydro-thermale de Plombières-les-Bains, nous a permis de nous faire une idée plus précise de la nature et de la manière d'être de cette affection. Aussi aurons nous particulièrement à cœur d'exposer notre façon de voir. Si cette dernière nous est personnelle, elle n'est pas forcément neuve et originale, et nous serons heureux, à maintes reprises, d'appuyer nos dires sur l'opinion d'hommes universellement connus et appréciés pour leur haute valeur scientifique.

On trouvera dans notre thèse, résumés jusqu'en 1900, l'historique et la bibliographie concernant l'entéro-côlite muco-membraneuse. Depuis, la même question a été traitée à des points de vue différents par plusieurs auteurs. Nous ne ferons ici que citer leurs noms.

Ce sont : Aviragnet (*Pres. médic.*, 1899). — Bernard (*Pres. médic.*, 1903 et *Journ. des Pratriciens*, 1902). — Bottentuit (*British*, 1903). — Brocchi

(*Pres. médic.*, 1901). — Le Gendre (*Bull. médic.*, 1903). — Geoffroy (Cong. de Paris, 1900). — Doumer (*Belg. médic.*, 1901). — Ehrmann (*Thèse*, Paris, 1903). — Boas (Congrès, Paris, 1900 et *Deutsch médic.*, 1900). — Lyon (*Bull. géné. de Thèrap.*, 1902). — Giffard (*Thèse*, 1903). — Isaac (*Thèse*, 1900). — Laignel Lavastine (*Thése*, 1903. — *Presse médic.*, 1903). — De Langenhagen (Ac. de Médecine, 1900). — Laquerrière et Delherm (*Bull. off. de la Soc. franç. d'électrochir.*, 1902). — Delherm (*Thèee*, 1903). — Leroux (*Revue neur.*, 1902). — Mathieu (*Congrès médic.*, 1900. Traité maladie estomac et intestin, 1901). — *Soc. médic. des hòpitaux*, 1903). — Mathieu et Roux (*Gaz. des hòpit.*, 1903). — Markel (*Th.*, 1903). — Mannaberg (*Win. Méd. W.*, 1900). — Pessez (1902). — Behm (*Thèse*, 1902). — Reynès (*Pres. Méd.*, 1901). — Schmidt (*Deut. acryté. Zig.*, 1901). — Schutz (*Munch. Méd. W.*, 1900). — Soupault et Jouault (*Société Biolo.*, 1903). — Tessier (*Sem. méd.*, 1902).

Sans entrer dans l'analyse détaillée des théories exposées par ces auteurs, nous nous contenterons

de remarquer qu'on s'efforce de plus en plus de séparer l'entéro-côlite muco-membraneuse, des différentes infections intestinales. Le rôle prédominant de l'entérospasme s'affirme de jour en jour. Celui-ci, ainsi que l'entéro-côlite muco-membraneuse qui en dérive, est le plus souvent secondaire à l'excitation morbide des centres nerveux intestinaux, soit d'origine centrale, soit d'origine locale.

DÉFINITION

Sous le nom d'entéro-côlite muco-membraneuse, nous entendons une affection chronique de l'intestin, plus particulièrement du côlon, à marche continue ou remittente, survenant chez les neuro-arthritiques à la suite d'une excitation des différents centres nerveux intestinaux, ne relevant d'aucune lésion anatomo-pathologique spécifique ou primitive, caractérisée cliniquement par le trépied symptomatique essentiel suivant : *constipation*, avec ou sans débâcle diarrhéique; *douleurs*, revenant parfois sous forme de paroxysmes; *rejet*, enfin, par l'anus de *mucus plus ou moins concret* prenant souvent l'aspect pseudo-membraneux.

Ainsi spécifiée, dans ces caractères étiologiques,

pathogéniques et anatomo-pathologiques, cette triade symptomatique ne saurait constituer une identité morbide, ce n'est qu'un syndrome révélant l'excitation morbide du tractus intestinal. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de retrouver ce groupement symptomatique plus ou moins atténué, dans les différentes affections protopathiques infectieuses ou organiques de l'intestin.

Mais dans ces cas, les troubles de la défécation, les douleurs, l'hypersécrétion ne sont que des symptômes dont l'importance et l'intérêt passent en seconde ligne devant les effets généraux et locaux de la lésion causale. Dans l'entéro-côlite muco-membraneuse, au contraire, ces mêmes symptômes, par leur groupement, leur intensité, leur permanence, semblent « isolés » et constituer à eux seuls l'affection.

Il faut donc soigneusement différencier l'entéro-côlite muco-membraneuse des affections aiguës, subaiguës ou chroniques, générales ou locales, causées par des micro-organismes spécifiques ou non : dyssenterie, cochinchinite, tuberculose, coli-bacillose, streptococcie, entérococcie (comme dans les cas

de Thiercelin et vraisemblablement de Wannebroucq), diarrhée estivale, dysenterie sporadique, infections grippales, rectites, sygmoïdites, etc. De même il faut faire une classe à part des affections organiques (cancer, ulcère, polypes, etc.)

Si nous avons adopté la dénomination d'entéro-côlite muco-membraneuse, c'est qu'elle est la plus généralement employée, bien que la terminaison « ite » indique « nosographiquement » la nature infectieuse qui n'existe pas dans l'affection qui nous occupe. Aussi a-t-on proposé d'autres appellations : colique muqueuse (Nothnagel) ; entéropathie mucino-membraneuse (Le Gendre).

Etiologie

Quoique très rarement observée dans les services hospitaliers, l'entéro-côlite muco-membraneuse est une affection très fréquente, beaucoup plus fréquente même qu'on ne pourrait le croire d'après les statistiques, si l'on tient compte de tous les cas frustes. Sur un relevé de 2000 malades le professeur Potain en compte 103 environ atteints de cette affection.

Le nombre des causes, invoquées dans l'étiologie de l'entéro-côlite muco-membraneuse, est considérable. Cette trop grande richesse ne fait que masquer notre ignorance des causes immédiates de cette affection.

Nous diviserons les différents facteurs étiologi-

ques en CAUSES PRÉDISPOSANTES et en CAUSES OCCASIONNELLES.

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — En première ligne, il faut noter l'*arthritisme* et le *nervosisme*. Ces deux facteurs peuvent se trouver séparément ; le plus souvent ils sont associés en donnant lieu au *neuro-arthritisme*.

Dans les antécédents héréditaires et personnels des malades, on rencontre non seulement tous les symptômes constituant les stigmates de l'arthritisme, la tendance aux congestions, les coryzas, les trachéo-bronchites, les amygdalites, les douleurs articulaires et musculaires vagues, les névralgies, les céphalées, etc., mais aussi les accidents de cette diathèse : la goutte, le diabète, les différentes lithiases urinaires, biliaires, l'asthme, l'obésité, etc.

Le nervosisme est de même, en général, très marqué, aussi bien chez les ascendants que chez les malades eux-mêmes. Souvent il ne s'agit que des stigmates mentaux et somatiques de cette diathèse, c'est-à-dire la difficulté de l'adaptation psychique et physique de l'être à son milieu physique et social (suivant l'expression de Janet et Ray-

mond), avec impressionnabilité excessive et réactions exagérées du système nerveux trisplanchnique.

Mais, aussi, il n'est pas rare d'observer les accidents du nervosisme : neurasthénie, hystérie, psychasthénie, etc.

Quelques cas d'entéro-côlite muco-membraneuse observés dans la même famille, aussi bien chez les ascendants que chez les descendants, pourraient faire penser qu'il s'agit d'une affection familiale ou héréditaire. Il est plus simple d'admettre que les différents sujets atteints, présentent « le même terrain morbide » et ont eu à subir l'assaut des mêmes causes efficientes du fait de leur parenté.

L'âge semble avoir une certaine influence. Rare aux deux extrêmes de la vie, cette affection se rencontre assez fréquemment dans la deuxième enfance et pendant l'adolescence. Le plus grand nombre des cas sont observés chez les adultes entre 18 et 50 ans.

Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes dans la proportion de deux sur trois.

Les classes sociales dites aisées semblent particulièrement prédisposées à l'entéro-côlite muco-membraneuse. Mais il faut considérer que c'est dans ce milieu spécial que l'on rencontre la plus forte proportion de neuro-arthritiques, et que se trouvent réunies toutes les causes qui favorisent l'éclosion des accidents de cette diathèse. Ajoutons, enfin, que dans les antécédents personnels des malades, on relève souvent des affections aiguës du tube digestif telles que gastro-entérites du jeune âge, entéro-côlites aiguës, dysenterie sporadique fièvre typhoïde, etc.

II. Causes occasionnelles. — Les causes immédiates invoquées dans la génèse de l'entéro-côlite muco-membraneuse sont nombreuses, les unes sont générales, les autres locales.

Parmi les *causes générales* il faut signaler les traumatismes moraux, psychiques et physiques.

Les différentes dyspepsies gastro-intestinales, sont les *causes locales* les plus importantes. Il est, souvent, très difficile de préciser exactement le début de l'entéro-côlite muco-membraneuse, dont les premiers symptômes se confondent avec les

troubles gastro-intestinaux divers qui remontent souvent à la première enfance. « J'ai toujours souffert de l'intestin, nous disent les malades, mais on ne m'a jamais soigné pour cela. » La constipation, qu'elle soit due à un vice dans l'hygiène générale ou alimentaire, ou encore aux troubles dynamiques moteurs et sécrétoires qui accompagnent les dyspepsies nerveuses, se rencontre avec une telle fréquence à l'origine de l'entéro-côlite muco-membraneuse, que certains auteurs font de cette affection une simple complication de la constipation.

En outre, il n'est pas d'organe (en connexion anatomique directe ou indirecte avec l'intestin), dont l'état morbide primitif n'ait pu être incriminé comme cause directe de l'affection qui nous occupe. Tantôt ce sont de simples vices de position, tantôt de simples troubles fonctionnels, tantôt enfin des lésions infectieuses ou organiques du foie, du rein, de l'utérus, des ovaires ou de l'appendice qui semblent avoir joué le rôle de cause nécessaire et efficiente.

Étude clinique.

Il est assez difficile, sinon impossible, de donner un tableau d'ensemble de l'évolution clinique de l'entéro-côlite muco-membraneuse. Il s'agit, en effet, d'une affection essentiellement chronique, à début le plus souvent obscur, sujette à des rémissions plus ou moins complètes et à des exacerbations à allures des plus variables.

Force nous est donc de décrire séparément les trois grands symptômes qui, par leur constance et leur haute valeur séméiologique, peuvent être considérés comme capitaux. Nous signalerons, ensuite, les symptômes dits accessoires, variables selon l'âge, la prédisposition du malade, la durée et la gravité de l'affection.

Symptômes capitaux. — Les symptômes ca-

pitaux de l'entéro-côlite muco-membraneuse forment une triade constante, ce sont : *la constipation opiniâtre* entrecoupée par des débâcles diarrhéiques, les *douleurs abdominales* variables quant à leur siège et à leur intensité, et enfin le *rejet dans les selles de mucus*, en quantité plus ou moins considérable, sous forme amorphe ou concrète, pouvant prendre l'aspect de fausses membranes.

Constipation. — La constipation est le symptôme primordial et le plus constant de l'affection qui nous occupe. Quelquefois cependant il peut, tout étrange que cela paraisse, passer inaperçu et du malade et du médecin.

C'est que la constipation n'est pas toujours caractérisée par « des évacuations alvines moins abondantes, moins fréquentes et plus sèches qu'à l'état normal », suivant la définition qu'en donne le professeur Potain.

A côté des malades qui accusent, d'une façon permanente, de la *rareté*, de la *diminution*, de la *sécheresse des matières* (CONSTIPATION TOTALE), il en est quelques-uns dont les fèces, tout en paraissant régulières, ne sont composées que de matières du-

res et fragmentées (CONSTIPATION QUALITATIVE). D'autres semblent avoir des évacuations alvines fréquentes, mais anormales par leur minime volume (CONSTIPATION QUANTITATIVE); d'autres, enfin, présentent des selles rares, composées quelquefois de scybales et de matières diarrhéiques (CONSTIPATION HORAIRE).

Ces différentes modalités dans l'acte de la défécation nous forcent à distinguer, à côté de la constipation ordinaire, *totale*, les constipations *dissociées*, suivant l'expression que nous avons proposée. Dans ces derniers cas, il n'existe qu'un seul ou deux des caractères assignés à la constipation.

Cette notion a pour nous une grande importance, car quelques malades, trompés par la régularité de leurs selles, repoussent énergiquement la constipation et, cependant, l'interrogatoire révèlera un trouble de la fonction caractérisé par la petite quantité et la sécheresse des matières rendues. D'autres se plaindront, au contraire, de diarrhée et se montreront très étonnés quand ils apprendront qu'ils doivent se considérer comme constipés, du fait que

leurs selles diarrhéiques contiennent des scybales ou ne reviennent qu'au bout d'un laps de temps trop considérable.

Tous les modes cliniques de la constipation peuvent se rencontrer dans l'entéro-côlite muco-membraneuse, mais avec une inégale fréquence. Parmi les constipations dissociées, c'est la qualitative qui semble la plus fréquente, associée ou non à la constipation horaire.

Le plus souvent, cependant, il s'agit de constipation totale du type spasmodique.

Dans tous les cas, les matières présentent des caractères morphologiques importants ; ce sont tantôt de petits cylindres étirés comme « passés à la filière » de la grosseur de l'annulaire, de l'auriculaire, quelquefois même d'un crayon.

D'autres fois, ce sont de petites boulettes, comparables à des noisettes, des olives, des petites noix, des « crottes de biques » (*matières ovillées*). Leur consistance et leur homogénéité sont rarement normales, elles sont, le plus souvent dures, composées de fragments juxtaposés grossièrement, laissant entre eux des vides.

La constipation est, ordinairement, avons nous dit, entrecoupée de diarrhée. Il peut s'agir, mais rarement, d'une diarrhée franche caractérisée par des selles nombreuses, successives, composées de matières molles à demi liquides, avec ou sans lienthérie. En général, la selle diarrhéique est unique, composée d'un liquide plus ou moins mousseux, entraînant avec lui des mucosités, des fragments de fausses membranes, des scybales. Quelques douleurs souvent intolérables, marquent le besoin d'aller à la selle; celui-ci se précise de plus en plus, devient irrésistible, le patient n'a que le temps de se précipiter, les matières sortent avec violence de l'anus, s'échappent en « fusée », « tigrant » les parois du vase. La résistance à ce besoin pressant s'accompagne de violents symptômes vaso-moteurs : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, sueurs froides avec sensation angoissante ; si cependant la résistance peut être prolongée tout se calme petit à petit ; au besoin pressant a fait suite l'impossibilité d'évacuer le contenu de son intestin ; le malade a laissé « passer son heure », et la selle suivante sera sèche et dure.

A vrai dire, il ne s'agit que d'une hypersécrétion soudaine de mucus, avec exagération, dans le nombre et la violence, des mouvements péristaltiques normaux. Ce n'est pas de la diarrhée, mais une « pluie intestinale » (Lassègue), que nous pouvons rapprocher cliniquement de la diarrhée des examens : même soudaineté, mêmes douleurs, mêmes besoins pressants, même résultat.

La fréquence de ces débacles est variable ; elles peuvent manquer, revenir rarement ou journellement, et alors emprunter les caractères de la diarrhée matutinale ou post cibum. Quelquefois leur cause immédiate est évidente, c'est un traumatisme moral, un « coup de froid », l'ingestion d'aliments indigestes; dans d'autres cas la cause nous échappe.

La crise diarrhéique peut durer quelques minutes ou se prolonger. Elle s'accompagne alors de fortes douleurs, de crampes dues à un spasme plus ou moins généralisé, plus ou moins durable du tractus intestinal, il s'agit,en réalité,d'une crise paroxystique d'entéralgie à la quelle la selle diarrhéique mettra fin.

Douleurs. — Les sensations douloureuses sont la

règle. Elles sont souvent quotidiennes, permanentes, sujettes à quelques exaspérations de peu de durée. Chez quelques sujets les douleurs reviennent avec une violence inaccoutumée, leur durée varie de quelques heures à plusieurs jours, il s'agit d'une crise d'entéralgie paroxystique, à laquelle la localisation de la douleur, les symptômes généraux et nerveux surajoutés donnent un aspect variable.

Les expressions dont les malades se servent pour dépeindre leurs douleurs permanentes sont très imagées ét permettent souvent de deviner la cause de leur sensation (1).

Souvent ce n'est qu'une gêne, une pesanteur. la sensation du ventre qui croule, qui tombe : l'entéroptose est fréquente dans ces cas. Tantôt c'est une sensation de brûlure, de fer chaud, de morsure qui semble due à l'hypéresthésie morbide de la muqueuse. Ce qui est plus caractéristique, c'est la sensation de crampe, de reptation d'un animal le long du tractus intestinal, ou encore le besoin de déféquer son intestin : ces expressions traduisent la per-

(1) Froussard. Congrès de Madrid, 1903.

ception consciente et douloureuse de l'exagération et de l'incoordination des troubles moteurs de l'organe (spasme, contracture, hyperpéristaltisme). Enfin les malades se plaignent parfois d'une sensation anormale de tension dans une partie de leur intestin : il leur semble « que leur côlon va éclater », la palpation nous révèle alors une distension gazeuse d'une portion de l'intestin.

Les douleurs sont souvent réveillées par un chagrin, par une émotion, par l'introduction d'aliments dans l'estomac. Il n'est pas rare qu'elles se montrent, ou redoublent d'intensité 5 ou 6 heures après les repas : elles peuvent même réveiller le malade pendant la seconde partie de la nuit.

Leur localisation est variable, elles peuvent être généralisées ou localisées. La localisation en ceinture (répondant topographiquement au trajet du côlon transverse) est fréquente et souvent confondue avec les douleurs d'estomac.

Les crises d'entéralgie paroxystique peuvent manquer. Quand elles existent elles peuvent éclater brusquement, à la suite d'une faute d'hygiène alimentaire, d'un refroidissement, d'un traumatisme

moral ou psychique. Le plus souvent elles sont annoncées par une période prodromique plus ou moins longue pendant laquelle il y a une exagération des différents symptômes et en particulier de la constipation. Pendant la crise, la douleur peut être généralisée d'emblée, ou débuter dans un point pour s'étendre progressivement. Cependant elle peut rester localisée en un point pendant toute la durée de la crise. Celle-ci s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs: pâleur, refroidissement, sueur froide, anxiété, petitesse et légère exagération du pouls ; nous avons même pu observer à deux reprises différentes des vomissements verts, porracés. La fièvre peut aussi se montrer.

La crise varie dans sa durée et son intensité. Les plus communes sont celles qui accompagnent la débâcle diarrhéique que nous avons déjà étudiée. Mais cette dernière, qui termine en général la crise, peut être longue à se produire, et l'on peut craindre une occlusion intestinale. Lorsque ces crises durent plusieurs heures ou plusieurs jours, la douleur peut subir des rémissions toujours incomplètes. Le patient est en « état de mal ».

ception consciente et douloureuse de l'exagération et de l'incoordination des troubles moteurs de l'organe (spasme, contracture, hyperpéristaltisme). Enfin les malades se plaignent parfois d'une sensation anormale de tension dans une partie de leur intestin : il leur semble « que leur côlon va éclater », la palpation nous révèle alors une distension gazeuse d'une portion de l'intestin.

Les douleurs sont souvent réveillées par un chagrin, par une émotion, par l'introduction d'aliments dans l'estomac. Il n'est pas rare qu'elles se montrent, ou redoublent d'intensité 5 ou 6 heures après les repas : elles peuvent même réveiller le malade pendant la seconde partie de la nuit.

Leur localisation est variable, elles peuvent être énéralisées ou localisées. La localisation en ceinre (répondant topographiquement au trajet du lon transverse) est fréquente et souvent confondue ec les douleurs d'estomac.

es crises d'entéralgie paroxystique peuvent quer. Quand elles existent elles peuvent éclater uement, à la suite d'une faute d'hygiène aliaire, d'un refroidissement, d'un traumatisme

[illegible] plissés sur leurs
[illegible] tubulés ou non,
[illegible] ule de l'intestin
[illegible] s forte. De là, la
de [illegible] On peut quelque-
peut [illegible] Potain, distinguer
un [illegible] bandes longitudi-
[illegible]
[illegible] être plus fréquente.
[illegible] tions des pelotons
[illegible] »
[illegible] jeté en dehors des
ver [illegible] intestinaux.
vers [illegible] avec les selles,
[illegible] ant une partie
[illegible] sont complète-
[illegible] robées dans du
Ma [illegible] rine.
crise [illegible] symptômes sont
crainte [illegible] ils n'ont rien
crises [illegible] t pas, du reste,
la [illegible] -membraneuse.
inco [illegible] nnels et tradui-

sent, cliniquement, dans un organe ou un groupe d'organes, les différentes perturbations nerveuses caractéristiques du nervosisme préalable. Celui-ci est augmenté et entretenu du fait de l'élaboration viciée des ingesta, conséquence inévitable du mauvais fonctionnement de l'intestin.

D'une part le chyme est modifié chimiquement en ce sens qu'il comprend des matériaux incomplètement élaborés, et des substances toxiques dues aux fermentations secondaires. Il s'en suit non-seulement un surmenage dans les fonctions du foie, du rein, mais aussi des troubles de nutrition, et souvent une intoxication des différentes cellules, et en particulier de la cellule nerveuse. Les excitations parties, d'autre part, du tube digestif peuvent, par voie réflexe (Potain), réagir sur des organes éloignés. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que les symptômes nerveux fonctionnels s'amendent ou s'exagèrent parallèlement à l'affection intestinale.

Les autres symptômes secondaires répondent aux lésions « matérielles » des différents organes en jeu, que celles-ci soient antérieures à l'entéro-

côlite, ou lui soient secondaires et consécutives : ce sont de véritables associations morbides.

Nous décrirons ces symptômes fonctionnels et organiques en les groupant par organes.

1° *Symptômes cérébraux.* — Les malades atteints d'entéro-côlite présentent, à des degrés variables, des troubles dans les fonctions cérébrales. Ils se plaignent de leur difficulté à tout travail de tête, de leur perte de mémoire, de leur émotivité, de leurs larmes faciles : ils ont des préoccupations outrées au sujet de leur affection intestinale et de ses conséquences. Leur caractère est bizarre ; souvent ils se montrent apathiques, indifférents pour tout ce qui ne se rapporte pas à leur personnalité ; les colères peuvent être fréquentes. Enfin il n'est pas rare d'observer les différents troubles cérébraux qui caractérisent les psychasthénies, la neurasthénie, l'hystérie.

Symptômes circulatoires. — Ceux-ci sont très importants, et ne manquent que rarement. Ils relèvent aussi bien des troubles fonctionnels du cœur que de ceux des vaisseaux périphériques. On note

des palpitations fréquentes s'accompagnant quelquefois d'un caractère angoissant.

Les bouffées de chaleur avec rougeur de la face se rencontrent avec le refroidissement des extrémités inférieures. Les sueurs froides et visqueuses peuvent survenir. Enfin, ces troubles vaso-moteurs peuvent s'accompagner quelquefois d'une grande angoisse avec sensation de « vie qui s'en va » comme nous en avons rapporté un cas après de de Langenhagen.

Symptômes sensorielles. — Ce sont des bourdonnements, des sifflements d'oreilles ; de l'obnubilation passagère de la vue, des mouches volantes, etc.

Symptômes gastriques. — Ceux.ci sont fréquents et relèvent de la dyspepsie simple hypersthénique ou hyposthénique. La dilatation d'estomac peut se montrer permanente ou intermittente. Dans un cas de crise. il nous a été donné d'observer une distension gazeuse énorme de l'estomac. habituellement normal.

Les voies digestives supérieures sont rarement indemnes ; nous avons souvent relevé la pyohémie alvéolo-dentaire, les aphtes. La langue est en géné-

ral saburrale, surtout à sa base ; les bords et la pointe présentent une rougeur particulière, avec hypertrophie des papilles. Elle est parfois le siège de picotements. Ces différents symptômes peuvent s'exagérer et devenir prémonitoires d'une crise.

Symptômes hépatiques. — Le foie peut être ptosé, se trouver hypertrophié ou atrophié, ou encore normal. Ses troubles fonctionnels sont fréquents comme le prouve l'acholie ou l'hypercholie transitoires que révèle la coloration des fèces. Les coliques hépatiques peuvent venir compliquer le tableau clinique. Enfin on note souvent les signes de la cholémie simple familiale (1).

Symptômes utéro-annexiels. — Les différents symptômes pathognomoniques des affections organiques de l'utérus ou des annexes sont très fréquents chez les femmes atteintes d'entéro-côlite muco-membraneuse, à telle enseigne que certains auteurs ont voulu y voir la cause directe pathogénique de l'affection intestinale. C'est une théorie que nous discuterons à la pathogénie.

(1) Gilbert et Lereboullet.

Ici nous nous contenterons de signaler la coïncidence de ces deux affections. Dans la sphère génitale on retrouve à peu près toutes les affections connues depuis la simple dysménorrhée douloureuse et les pertes blanches, jusqu'aux métro-salpingites, aux fibromes, etc.

Le processus cataménial retentit d'une façon marquée sur l'entéro-côlite muco-membraneuse, dont les différents symptômes s'exagèrent souvent au point de donner lieu à une crise, avant et quelquefois pendant les règles.

Symptômes reinaux et vésicaux. — L'urécémie est fréquente. Les coliques néphrétiques peuvent être rencontrées. Le rein, surtout le droit est fréquemment ptosé, quelquefois même flottant. Chez quelques petites filles, Hutinel a signalé de la cystite infectieuse, véritable complication survenue par l'infection vulvaire d'origine anale.

Nous avons observé une rétention d'urine nécessitant le cathétérisme, pendant une crise paroxystique d'entéro-côlite muco-membraneuse.

Symptômes cutanés. — Toutes les affections prurigineuses de la peau, ainsi que l'urticaire et

l'eczéma peuvent se rencontrer. Brocq a décrit en 1898, sous le nom d'*éruptions pustuleuses, miliaires récidivantes de la face* (couperose pustuleuse miliaire » une dermatose qui semble plus particulièrement liée à l'affection qui nous occupe. Les éléments primitifs sont constitués par des pustulettes de 1/2 mill. de diamètre au plus, reposant sur une base légèrement inflammatoire et contenant à son centre une gouttelette de pus. Ces gouttelettes se reproduisent par poussées successives et subintrantes et s'accompagnent d'une sensation mordicante pénible, constante, exagérée le soir et pendant les périodes digestives.

Symptômes de dénutrition. — Pour peu que l'entéro-côlite muco-membraneuse ait duré quelque temps on note tous les symptômes de la dénutrition générale. Il y a de l'amaigrissement, avec diminution de poids ; les mucles paraissent flasques, la peau perd de son élasticité, elle semble trop large pour les parties qu'elle recouvre. Les téguments perdent leur coloration normale, paraissent pâles, quelquefois terreux. La sensation de fatigue se produit au moindre effort, la faiblesse est

extrême. Les malades se plaignent de malaises avec sensation de lipothymie dus vraisemblablement à leur inanition.

Symptômes objectifs. — Nous étudierons ici les symptômes objectifs que nous révèle l'examen systématique de l'abdomen. Nous avons déjà noté l'aspect extérieur qui provient de la dénutrition des malades et l'aspect particulier de la langue.

L'examen de l'abdomen doit être pratiqué *systématiquement* chez tous les malades, et *plusieurs fois de suite à des heures différentes.* Seuls ces examens *successifs* peuvent nous permettre de nous faire une idée exacte de l'état dynamique primordial qui détermine dans l'intestin l'aspect morphologique variable souvent chez le même malade d'un moment à l'autre.

Nous décrirons successivement les symptômes que nous révèlent l'inspection, la palpation et la percussion.

L'inspection. — Le ventre présente les différents aspects décrits sous le nom de ventre tombant, ventre en tablier, ventre à double ou triple saillie. Très souvent il est peu développé, plat, c'est le

ventre rentrant. Rarement il a un aspect normal, même chez les jeunes filles et les hommes, chez qui, par conséquent, on ne saurait incriminer les modifications morphologiques dues à une grossesse antérieure. Chez les femmes qui ont eu une ou deux grossesses, l'éventration nous a paru très fréquente.

L'examen doit être pratiqué debout, puis dans le décubitus dorsal.

Le malade étant debout, que le ventre soit saillant ou rentrant, il a une tendance à « s'écrouler » dans les parties sous-ombilicales, tandis que la région épigastrique se creuse et se déprime ; lorsque le malade est couché, si le ventre est peu développé, il disparaît, il se creuse « en bateau », si, au contraire, il est fortement développé, il s'étale et prend la forme classique du ventre de batracien.

Ce sont là les aspects qui nous ont paru le plus fréquents, bien que nous ayons vu l'entéro-côlite muco-membraneuse avec des ventres normaux dans leur développement et dans leur morphologie.

Palpation. — Celle-ci, au premier abord, le malade étant couché, nous montre qu'il est facile de

faire pénétrer la main dans l'abdomen ; il y a une hypotension générale particulièrement bien étudiée par Sigaut et Vincent.

De plus la sangle musculaire nous paraît amoindrie dans sa tonicité et sa contractibilité. On mesure approximativement cette dernière en invitant le malade à s'asseoir sur son séant, sans le secours des mains, pendant qu'on s'efforce d' « enfoncer » le bout de ses doigts réunis dans son abdomen. Rarement le ventre présente une tension normale. On comprend, dans ces conditions, qu'il soit facile de palper l'intestin. A vrai dire, l'intestin grêle nous échappe souvent ; il en est de même du côlon transverse. Cependant celui-ci, lorsqu'il est en état de spasme, peut être suivi facilement. On le trouve généralement ptosé. Le cœcum, le côlon ascendant, le côlon descendant, la première portion du côlon ilio-pelvien se palpent facilement en déprimant doucement et progressivement les régions abdominales correspondantes pendant les larges expirations du malade. On arrive ainsi, à travers la paroi antérieure de l'abdomen, sur le plan résistant des fosses iliaques, que l'on explore alors en rame-

nant à soi l'extrémité des doigts recourbés en crochet, de la ligne médiane vers le bord antérieur de l'os iliaque. Les angles du côlon peuvent s'explorer assez souvent ; il faut cependant avoir recours au procédé de la palpation bi-manuelle classiquement employée pour la recherche du rein, c'est-à-dire d'une main soutenir et refouler les parties molles du sinus costo-iliaque postérieur, pendant que l'autre main déprime la paroi abdominale antérieure.

L'aspect morphologique de l'intestin varie suivant les individus et le moment où l'examen est pratiqué. Pour la facilité de l'exposition, nous décrirons deux types : l'un, moins fréquent, où l'on ne trouve que du spasme ; l'autre, ordinaire, pourrait-on dire, où l'on trouve, suivant l'expression généralement usitée, du spasme et de l'atonie.

Bien entendu, la description de ces types ne doit servir que de « points de repère, de guides », pour le classement des sensations que nous révèle la palpation.

Premier type : dans ce type le spasme est plus ou moins généralisé. Ce qui frappe tout d'abord c'est la VACUITÉ de l'anse intestinale, malgré la

constipation que peut accuser le malade. L'intestin a l'aspect D'UNE CORDE dure, impossible à déprimer, sur laquelle sursaute la main qui palpe : c'est l'intestin en TUYAU DE PLOMB, EN TUYAU DE PIPE (Sigaut), LA CORDE CÔLIQUE (Glénard). Il peut, en certains endroits, être distendu : on rencontre, alors, une AMPOULE FUSIFORME, présentant un resserrement à chacune de ses extrémités. Les parois de cette poche sont fortement CONTRACTÉES sur le contenu, il est impossible de les déprimer, mais, par contre on peut, pour peu que le méso-côlon s'y prête, mobiliser en masse cette « ampoule ». Ces différents aspects répondent à la période de travail exagéré, de « spasme ». Si l'intestin est au repos, il se montre comme étant d'un petit calibre; il peut même être aplati, rubané. Ses parois paraissent épaisses, charnues, renitentes. C'est l'intestin « en tuyau de caoutchouc ». Cet aspect, pour se révéler exige une *palpation lente et douce*, la moindre brusquerie transformera le *tuyau de caoutchouc* en *tuyau de plomb*, quelquefois même, l'effleurement de la peau, une pichenaude, provoquent le spasme du côlon, qui fait saillie sur la paroi abdominale.

L'inspection du ventre à jour frisant permet de voir ainsi se dessiner l'anse en état de spasme.

Deuxième type : dans ce type, avons-nous dit, on rencontre du spasme et de l'atonie, pour nous servir de ce terme vague. Une distinction nous paraît nécessaire, sans entrer dans la discussion de cette atonie. Dans un groupe de cas, les examens successifs nous montrent que le spasme et l'atonie SE SUCCÈDENT DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE, c'est-à-dire que l'on trouvera le même segment, ou présentant les caractères morphologiques du spasme, ou, au contraire, on le trouvera plus ou moins dilaté, facilement dépressible, bien que ces parois semblent encore épaisses. Il faudra une très forte excitation pour obtenir sa contraction. Répétons à dessein, que la dureté du TUYAU DE PLOMB et LA MOLLESSE DE L'INTESTIN se rencontrent, suivant les moments, chez LE MÊME INDIVIDU, et ce qui est extrêmement important sur LE MÊME SEGMENT DE L'INTESTIN.

Dans le second groupe de faits, nous trouvons

(1) Voir au chapitre pathogénie.

que le spasme et l'atonie SONT FIXES DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE. Si une partie de l'intestin est susceptible de présenter des périodes de spasme, entrecoupées de périodes de repos plus ou moins prolongées, plus ou moins morbides, par contre, une autre portion (le plus souvent le cœcum) est toujours dilatée : quels que soient le nombre et le moment des examens pratiqués, ELLE N'EST JAMAIS EN ÉTAT DE SPASME. Ses parois peuvent être tellement amincies qu'elles échappent à la palpation. Le contenu seul, avec le gargouillement, le clapottement qu'il permet d'obtenir, nous FAIT DEVINER LE CONTENANT.

La palpation méthodique de l'abdomen doit aussi s'adresser au foie, dont les variations de volume ou de place n'ont rien de caractéristique.

Il en sera de même pour les reins que l'on trouvera le plus souvent ptosés, surtout le droit. Signalons qu'à un examen superficiel, la résistance, la rénitence diffuses que donnent, à la palpation, les angles côliques contracturés et ptosés pourraient en imposer pour une néphroptose.

Percussion. — La percussion pourra nous rensei-

gner sur le contenu des « distensions » et des « dilatations » : le son rendu sera tympanique, à tonalité plus ou moins élevée dans le cas d'accumulation gazeuse, mat dans le cas de coprostase.

La percussion nous permettra aussi, par ses procédés classiques, de délimiter l'estomac que l'on trouvera souvent grand ou dilaté.

Formes cliniques chez l'adulte.

D'après la marche, l'intensité et le groupement des symptômes on peut distinguer les formes suivantes :

Forme latente : Cette forme est caractérisée par l'absence des symptômes subjectifs.

Le malade présente une légère constipation et rend des fausses membranes sans s'en apercevoir

Forme continue commune. — C'est la forme le plus fréquemment observée.

La constipation, le rejet des fausses membranes les douleurs quotidiennes, les troubles de dyspepsie gastro-intestinale suivent un cours régulier.

Forme rémittente. — Dans cette forme la marche est entrecoupée de crises d'entéralgie paroxysti-

que, sans que, pendant les périodes de calme, le retour à la santé soit complet, tous les symptômes cependant subissent alors une acalmie notable.

Forme continue grave. — Cette forme est caractérisée non seulement par la marche continue de l'affection, mais par la gravité des symptômes. L'état général en particulier est alarmant : amaigrissement, faiblesse, teinte terreuse des téguments etc. ; les hémorrhagies intestinales ne sont pas rares.

Forme mentale. — Il nous a été donné d'observer une forme particulière de cette affection où les symptômes objectifs étaient peu marqués, mais où l'on était frappé de l'importance des symptômes subjectifs. Les malades étaient de véritables délirants, n'osant plus s'alimenter de peur des douleurs et des fausses membranes. Les phobies de l'appendicite, du cancer, préoccupaient continuellement ces véritables psychopathes.

Formes cliniques chez l'enfant.

Dans la première enfance l'entéro-côlite muco-membraneuse est peu fréquente. Elle se caractérise par la violence et l'allure infectieuse des paroxysmes. Ces derniers doivent être différenciés soigneusement des entérites infectieuses aiguës de la première enfance.

Dans l'intervalle des crises on note les troubles intestinaux ordinaires, caractéristiques de l'affection.

En somme l'entéro-côlite muco-membraneuse des jeunes enfants se caractérise par la violence particulière des symptômes infectieux qui accompagnent les crises paroxystiques.

Entéro-côlite muco-membraneuse dans la seconde enfance. — Au fur et à mesure que l'entéro-côlite

muco-membraneuse évolue chez un sujet, qui se rapproche de la puberté, sa marche devient plus franchement chronique.

Elle peut faire suite à la côlite du jeune âge, et alors se modifier quant à l'intensité de ses crises paroxystiques ; mais elle peut aussi débuter sourdement par de la constipation.

Qu'il nous suffise d'insister sur la fréquence plus grande des paroxysmes qui, plus volontiers, s'accompagnent de fièvre et de phénomènes réactionnels violents.

Dans les périodes intercalaires, nous aurions à décrire des symptômes identiques à ceux que nous avons longuement étudiés chez l'adulte.

Notons cependant que l'entéro-côlite muco-membraneuse peut exercer une influence néfaste sur le développement de l'organisme. On la trouve souvent associée au rachitisme. Les enfants sont maigres, de taille au-dessous de la moyenne, très sensibles au froid ; les yeux sont cernés ; les pommettes quelquefois roses ; le pourtour du nez jaunâtre ; les lèvres souvent d'un rouge vermillon (Guinon).

Complications

Sable intestinal. — Avec Mathieu et Chevallier, nous considérons la lithiase intestinale comme très fréquemment associée à l'entéro-côlite muco-membraneuse. Nous croyons même que si, de parti pris, on recherchait le sable dans les selles de tous les malades atteints de l'affection qui nous occupe, on en trouverait chaque fois en plus ou moins grande quantité. Pour notre part, les différents examens que nous avons pratiqués chez les enfants ont toujours été positifs.

Quoi qu'il en soit, le sable peut être rendu journellement avec les selles, ou par débâcles, accompagnant ou non le rejet de fausses membranes. Il semble, cependant, prouvé que la lithiase intestinale peut se rencontrer en dehors de l'entéro-côlite muco-membraneuse.

La coloration du sable est gris sale, une seule fois nous en avons observé de coloration rouge, semblable à de la brique pilée. L'analyse chimique a été néanmoins impuissante à révéler la présence de l'acide urique.

La composition de ce sable a été donnée plusieurs fois : les différentes analyses concordent toutes pour lui assigner la même composition que celle des sables trouvés dans les glandes riches en éléments muqueux (glandes salivaires, lacrymales).

L'aspect clinique de l'entéro-côlite muco-membraneuse, n'est pas modifié par la coexistence de la lithiase intestinale.

Appendicite. — Pour nous, l'appendicite est une complication de l'entéro-côlite muco-membraneuse. Certes,si nous ne rangeons sous le nom d'appendicite que « LES ACCIDENTS APPENDICULAIRES ET LES ACCIDENTS PÉRITONÉAUX QUI RÉSULTENT DE LA TRANSFORMATION D'UNE PARTIE DU CANAL EN UNE CAVITÉ CLOSE, DANS LAQUELLE S'ÉLABORE UN FOYER D'INFECTION ET D'INTOXICATION DU A L'EXALTATION DE VIRULENCE DES MICROBES EMPRISONNÉS » suivant la définition du professeur Dieulafoy, nous avoue-

rons volontiers que ces grands accidents de l'infection appendiculaire sont très rares et sans rapport avec l'entéro côlite muco-membraneuse.

Cependant la majorité des auteurs, sous le nom d'appendicite, entendent en général l'infection de l'organe, quels que soient l'intensité de la virulence, le mode et l'étendue de pénétration de l'agent infectieux, les modifications anatomo-pathologiques subséquentes, la gravité des symptômes.

Les qualificatifs de « gangréneuse », de « catarrhale », de « folliculaire », de « larvée », de « à répétition », de « chronique » servent à classer les différentes formes cliniques ou anatomo-pathologiques qui relèvent toutes d'une infection de l'appendice.

En réalité l'appendicite chronique ou larvée peut survenir chez un individu sans passé intestinal, ou tout au moins, qui n'a jamais présenté d'entéro-côlite muco-membraneuse. Lorsque les phénomènes aigus de la crise seront calmés, la lésion appendiculaire peut provoquer la triade symptomatique de l'entéro-côlite muco-membraneuse. Si l'appendice est réséqué assez à temps, le

trouble fonctionnel de l'intestin disparaîtra complètement. Il ne s'agissait pas d'entéro-côlite muco-membraneuse à proprement parler ; ces différents symptômes morbides, qui empruntaient le masque de sa symptomatologie, étaient sous la dépendance directe de la lésion appendiculaire.

Souvent l'entéro-côlite muco-membraneuse, comme l'ont remarqué plusieurs auteurs (1), a été première en date ; l'appendicite est venue la compliquer. L'appendicectomie, dans ces cas, ne guérit pas l'affection primitive.

A vrai dire on comprendrait mal comment l'entéro-côlite muco-membraneuse pourrait préserver de l'appendicite. Les troubles moteurs qui la caractérisent, ne sauraient se produire sans amener des modifications dans la vascularisation des parois de l'intestin. Ces troubles vasculaires peuvent être aussi sous la dépendance des centres nerveux ; en tous cas ils amènent des troubles trophiques, par conséquent une moindre résistance de l'organe.

(1) On trouvera dans notre thèse le compte rendu aussi complet que possible des discussions qui eurent lieu à l'Académie de Médecine, aux sociétés médicales et chirurgicales.

D'ailleurs, les infections banales, secondaires sont fréquentes dans l'entéro-côlite muco-membraneuse. Nous nous trouvons donc en présence des deux éléments nécessaires pour donner lieu à l'infection appendiculaire : microbes pathogènes à virulence exaltée, d'une part, moindre résistance, diminution dans la défense de l'organe, d'autre part. C'est cette théorie pathogénique que nous avons soutenue dans notre thèse, puis au Congrès de Toulouse, et c'est à elle que nous avons eu le plaisir de voir se rattacher notre confrère Bernard.

Reste cependant à expliquer le peu de fréquence de cette complication. Nous ferons remarquer qu'en dehors de la prédisposition personnelle, tenant à la longueur, à la position de l'appendice, au plus ou moins grand développement du système lymphoïde, il faut tenir compte de la localisation du spasme dans le côlon. Rarement il est généralisé ; il se montre surtout localisé à un point quelconque, et la crise d'*entéralgie cœcale* n'est pas forcée. On comprend facilement comment les phénomènes infectieux qui pourront suivre la crise spastique, seront peu importants quand il s'agira du côlon

transverve,ou de l'S iliaque; ils prendront, au contraire, une importance considérable lorsqu'elle se localisera au cœcum. Dans ce cas ce qui donne lieu à l'infection, ce n'est pas la virulence spéciale de l'agent infectieux, mais la topographie du segment intestinal où la crise d'entéralgie se manifeste.

Du reste l'appendicite que l'on rencontre au cours de l'entéro-côlite muco-membraneuse évolue avec peu de fracas, comme l'a fait remarquer Beurnier. Elle semble procéder par petites poussées successives, chacune d'elles se révélant par des symptômes légers. Souvent même il est difficile, dans les débuts, de savoir s'il s'agit d'une affection appendiculaire, ou simplement d'une crise paroxystique à localisation cœcale.

On peut même croire, vu le peu de retentissement péritonéal dont ces crises appendiculaires s'accompagnent, qu'elles amènent des modifications anatomiques de l'appendice qui le mettent à l'abri de la perforation.

En tous cas, lorsque l'affection appendiculaire est réalisée, l'appendicite évolue pour son propre

compte, entremêlant ses symptômes à ceux de l'entéro-côlite muco membraneuse et nécessite par elle-même un traitement spécial, le plus souvent chirurgical.

Pronostic

Le pronostic des formes ordinaires de l'entéro-côlite muco-membraneuse est plutôt bénin, cependant, on ne doit pas perdre de vue qu'il s'agit d'une affection éminemment chronique, sujette à des exaspérations des plus pénibles pour les malades. Elle a un retentissement fâcheux sur la nutrition générale et sur les différentes névroses qu'elle provoque ou exagère : de là la nécessité de la combattre par un traitement énergique et prolongé.

Chez l'enfant, l'entéro-côlite muco-membraneuse est particulièrement grave par ses poussées aigües et les complications infectieuses dont elle s'accompagne. Les troubles intestinaux ont une action fâcheuse sur le développement de l'organisme. Les

enfants atteints de cette affection sont de taille et de poids inférieurs à la moyenne de leur âge et il n'est pas rare de trouver chez eux des stigmates de rachitisme.

La forme continue grave s'accompagne d'un amaigrissement prononcé, pouvant arriver rapidement à la cachexie. Les hémorrhagies abondantes et répétées qui peuvent survenir, assombrissent considérablement le pronostic.

Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique est un des points les plus mal connus de l'entéro-côlite muco-membraneuse. La pénurie des documents que l'on possède doit être attribuée à la rareté des autopsies et aux altérations cadavériques des muqueuses qui se produisent dès les premières heures après la mort.

Cependant on est d'accord pour considérer les lésions comme siégeant, seulement, au niveau du gros intestin, et dans toute son étendue.

Les lésions sont purement muqueuses et encore toutes superficielles ; elles consistent en une simple irritation avec desquamation exagérée.

Les autres lésions inflammatoires et les ulcérations, même très superficielles, doivent être consi-

dérées comme secondaires d'après Rothman (1), qui a pratiqué l'examen histologique d'un cas. Sur les coupes colorées à la thionine, il a vu les bouchons de mucus pénétrer jusque dans les glandes.

Ces lésions, toutes superficielles, ne cadrent pas avec celles décrites par Wannebroucq (2), et retrouvées dans un cas par Thiercelin (3). Les lésions s'étendaient à toute l'épaisseur de la paroi intestinale, s'accompagnant d'ulcérations pouvant aller jusqu'à la perforation.

On s'accorde, en général, pour ne pas rapporter ces cas à l'entéro-côlite muco-membraneuse. Lereboullet (4), qui avait étudié la relation du cas de Wannebroucq, était moins affirmatif. Il admettait que les ulcérations superficielles de la muqueuse peuvent, à la longue, sous l'influence de la persistance de la cause qui leur a donné naissance, occa-

(1) Rothmann, Ueber enteritis membrana. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1893.

(2) Wannebroucq, Comptes rendus de l'Association pour l'avancement des Sciences. *Congrès de Lille*, 1875

(3) In thèse Vouzelle.

(4) Lereboullet, Contribution à l'étude de quelques accidents dus à la constipation. *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 1875.

sionner les lésions interstitielles de la muqueuse. Il ne faudrait donc pas se hâter de séparer « en les considérant comme deux maladies distinctes, deux phases d'un même processus anatomique ».

La composition des fausses membranes est mieux connue. Tous les auteurs insistent, d'une façon toute particulière, sur leur composition muqueuse. Ces productions ne seraient constituées que par du mucus sécrété au niveau des glandes côliques. Cependant quelques auteurs prétendent y avoir rencontré de la fibrine.

Des travaux dus à Kitawaga et à Akerlund, il résulte que la trame, partie fondamentale de ces productions, est constituée par du mucus plus ou moins concret. On y trouve aussi des cellules arrondies assez nombreuses, dont les unes sont, sans doute, des globules blancs, les autres des cellules de revêtement épithélial, éliminées avant d'avoir pu atteindre leur forme caractéristique.

Comme toutes ces fausses membranes représentent la même structure, nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'analyse qu'en a faite M. Rémy, dans un cas publié par le Dr Huchard :

« Ces concrétions sont constituées par un réseau de filaments blanchâtres de différents calibres, mous mais résistant à la traction ; d'un blanc-gris dans l'eau, elles deviennent plus blanches dans l'alcool. Les filaments présentent au microscope une substance fondamentale striée longitudinalement. L'addition d'acide acétique ne change pas cet état.

Il s'agit donc de mucus, car la fibrine serait devenue homogène. Dans cette masse fondamentale. on voit des leucocytes, quelques globules sanguins, des cellules cylindriques, en petit nombre et déformées, quelques gouttelettes de graisse. »

Robin (1) insiste sur la disposition parfois spéciale des cellules épithéliales qui pourrait induire en erreur. Elles forment, en effet, quelquefois des traînées, des cylindres qui leur donnent l'aspect des glandes de l'intestin.

On reconnait enfin à ces fausses membranes les deux caractères chimiques suivants :

1° Elles se dissolvent presque complètement dans les alcalis délayés, surtout à chaud ;

2° Le filtrat, tout à fait transparent, traité par

(1) Robin, *Traité des humeurs*, 1874.

l'acide acétique, se trouble et forme un sédiment abondant.

Il est presqu'inutile d'ajouter que les fausses membranes sont d'une richesse extraordinaire en microbes. Il ne saurait en être autrement, étant donnée leur formation dans un milieu aussi septique que l'intestin.

Pathogénie.

Nombreuses sont les théories pathogéniques proposées pour expliquer la genèse de l'entéro-côlite muco-membraneuse : Toutes ont une part de vérité, comme nous le verrons, quand nous tenterons nous-mêmes de préciser la pathogénie de cette affection. Nous ne ferons que résumer ici brièvement les différentes théories.

Théorie gastrique soutenue par Robin. — L'entéro-côlite muco-membraneuse ne serait que la résultante de l'hypersthénie gastrique. Cependant Mathieu l'a observée avec des symptômes gastriques relevant de l'hyposthénie.

Théorie de l'hépatisme. — Pour Glénard, l'hépatisme est primordial, il entraîne la ptose viscérale, et consécutivement l'affection de l'intestin.

4

Théorie utéro-annexielle. — Monod de Bordeaux, Letcheff, Regnês, frappés de la coexistence fréquente des troubles utéro-annexiels avec l'entéro-côlite muco-membraneuse, veulent subordonner l'affection intestinale à l'affection des organes génitaux. Nous ne saurions nier le fait de la coexistence, mais nous ne pouvons admettre qu'il s'agisse d'une infection transmise à l'intestin par les lymphatiques anastomosés, qui desservent les deux organes. Dans ces cas, comme le fait remarquer Maseran, il ne s'agit que de rectites, de sygmoïdites, c'est-à-dire d'affections intestinales localisées.

Théorie nerveuse. — Buttler, Mendelson rattachent l'entéro-côlite muco-membraneuse à l'hystérie et à la neurasthénie. Par sa généralisation cette théorie se montre en contradiction avec les faits cliniques.

Bernard fait résider le primum movens de l'affection dans un trouble primitif ou secondaire du sympathique abdominal. Laignel Lavastine, dans ses expériences très précises rapportées dans son excellente thèse, nous montre le rôle important que jouent les ganglions sémilunaires dans les troubles

des fonctions intestinales. Sous certaines conditions, on peut observer les symptômes de l'entéro-côlite muco-membraneuse.

L'expérimentation nous montre, du reste (Soupault)(1), que l'excitation traumatique de la vésicule billaire peut donner lieu, chez le lapin, à une hypersécrétion glaireuse intestinale.

Théorie infectieuse. — Quelques auteurs considèrent l'infection intestinale comme primitive et déterminant l'entéro-côlite muco-membraneuse. Qu'il en soit ainsi dans quelques cas, cela est hors de doute; les cas de Vannebroucq, de Thiercelin, les côlites d'origine streptococcique et grippale en font foi. Cependant l'entéro-côlite muco-membraneuse, n'a pas les allures cliniques d'une infection. Quand celle-ci apparaît, elle est secondaire, ce n'est qu'un épiphénomène passager, et les symptômes propres de l'infection, en particulier la fièvre, se superposent à ceux de l'entérospasme avec hypersécrétion.

De nombreux auteurs (Sée, Potain, J. Simon,

(1) Soupault et Jouault. Société de biologie, 1903.

Malibran, Lyon, de Langenhagen), considèrent l'entéro-côlite muco-membraneuse comme étant sous la dépendance directe de l'atonie intestinale. Cette façon d'envisager les choses est claire et séduisante au premier abord. La succession des symptômes morbides serait la suivante : « L'atonie intestinale détermine la stase stercorale, l'irritation de l'intestin, les sécrétions anormales, l'excitation du sympathique abdominal, enfin, qui provoque à son tour une série de réflexes (douleurs, spasmes, etc.) » (Brocchi (1).

Cette théorie pathogénique mérite de nous arrêter quelque temps. Tout d'abord il faudrait s'entendre exactement sur le sens du mot « atonie »: c'est là, en effet, un terme, qui malgré son apparence de précision est des plus vagues et s'il arrive si facilement sous notre langue dans la conversation, c'est qu'il a le mérite de nous éviter de préciser notre pensée. Si grammaticalement, *atonie* signifie manque de tonicité, on emploie usuellement ce

(1) A propos de la pathogénie de l'entéro-côlite muco-membraneuse.

terme dans le sens de diminution aussi bien de la *tonicité* que de la *contractibilité*, que la perte de ces qualités physiologiques du muscle soit due à une LÉSION DE LA FIBRE MUSCULAIRE ELLE-MÊME (atrophie) ou dépende tout simplement DE LA DIMINUNION OU DE LA SUPPRESSION PLUS OU MOINS MOMENTANÉE DE L'INFLUX NERVEUX. De plus, comme l'atonie intestinale s'accompagne toujours de coprostase, l'expression ATONIE INTESTINALE est devenue synonyme de CONSTIPATION HABITUELLE. Non seulement on dit couramment à un malade : « vous n'allez pas à la selle, c'est que vous avez de l'atonie intestinale, mais anssi quelques pratriciens vont jusqu'à dire : « vous avez de LA DIARRHÉE,c'est que vous avez de L'ATONIE INTESTINALE », car pour eux, diarrhée et constipation sont deux symptômes dus à l'atonie.

En réalité, il faut distinguer : 1° une atonie que j'appellerai *anatomique*, relevant des lésions atrophiques des muscles et ne pouvant, par conséquent, donner lieu à la production du spasme ; 2° une atonie *dynamique*, due à la diminution plus ou moins durable de l'influx nerveux.

Celle-ci s'accompagne de spasme, ou plutôt le remplace par période. Mais alors on ne saurait subordonner le spasme à l'atonie, l'*un et l'autre* de ces états traduisant au niveau du tractus intestinal le trouble du fonctionnement des centres nerveux réflexes de l'intestin. Si l'un de ces états doit être subordonné à l'autre, on comprendrait plutôt comment l'excès du travail musculaire engendre le défaut de contraction et de tonicité (atonie dynamique) par fatigue soit de la cellule nerveuse, soit de la fibre musculaire elle-même.

C'est cette théorie que nous avons soutenue à plusieurs reprises. Pour nous, après Mathieu, Geoffroy, et d'accord avec Bernard, Soupault, Delerm, l'entéro-côlite muco-membraneuse est une affection *spasmodique*. Tout plaide en faveur de cette théorie : la nature spéciale de la constipation, l'aspect en tubes de petit calibre de certaines concrétions muqueuses, les données fournies par la palpation de l'intestin, les douleurs, les crises paroxystiques, les débâcles diarrhéiques, les bons effets, enfin, du traitement *sédatif* général ou local.

L'hypersécrétion (1) est elle-même, pour nous, due à l'hyperexcitabilité des centres nerveux sécréteurs. Les crises de diarrhée que présentent certains malades se rapprochent, par plusieurs de leurs caractères, des diarrhées nerveuses et en particulier de la diarrhée des examens : même soudaineté, même nécessité de l'évacuation immédiate, même production abondante de mucus; seule, la cause primordiale, l'excitation violente, diffère : dans la diarrhée de l'examen, la cause est d'ordre psychique, dans la crise de diarrhée de l'entéro-côlite, elle peut être quelquefois d'ordre psychique, mais aussi, et le plus souvent, elle est d'ordre physique. Il est facile, alors, de comprendre comment une excitation *très légère* du tube digestif, agissant sur des cellules nerveuses hyperexcitables, ne produira plus une débâcle, mais une hypersécrétion moins abondante, qui séjournera dans l'intestin, pour n'être évacuée qu'avec les selles sous une forme plus ou moins concrète. On peut même se demander si ce mucus n'est pas aussi modifié dans ses

(1) Froussard. Congrès de Toulouse, 1902. Congrès de Madrid, 1903.

qualités physiques, s'il n'est pas, en particulier, moins riche en eau : cette hypothèse peut se soutenir quand on songe aux troubles vasculaires qu'amènent forcément dans les tuniques de l'intestin la contracture et le spasme, ainsi que l'excitation directe des ganglions vaso-moteurs.

L'entéro-côlite muco-membraneuse ne serait donc qu'une complication de l'*entéro-spasme*. La cause de ce dernier réside dans l'excitation quelconque des différents ganglions, centres réflexes de l'intestin (1). Ces centres peuvent, du reste, répondre à une excitation venue de l'intestin lui-même ; mais aussi ils peuvent être sollicités par des centres voisins, grâce aux fibres inter-ganglionnaires.

Si ces différentes excitations se produisent dans un organisme normal, elles se traduiront du côté de l'intestin par des phénomènes réactionnels d'in-

(1) Ces centres sont nombreux : plexus d'Auerbach, de Meissner, plexus solaire (ganglions mésentériques sup.), plexus mésentérique inférieur, centres médullaires, centres cérébraux. Ceux-ci ne sont pas prouvés anatomiquement et physiologiquement chez l'homme ; mais, comme le fait remarquer Black (Constipation, London), on ne saurait les nier devant certains faits cliniques et thérapeutiques.

tensité et de durée proportionnelles à la cause. C'est ce qui arrive journellement, par exemple, dans les cas de diarrhée à la suite d'une nourriture indigeste ou malsaine, de refroidissement, ou encore dans les cas de contracture réflexe due à une lésion intestinale. Mais la durée et l'intensité des symptômes morbides qui caractérisent l'entéro-côlite muco-membraneuse, ne sauraient se produire sans une prédisposition spéciale. Cette prédisposition c'est le neuro-arthritisme. L'affection qui nous occupe n'est pas un stigmate du neuro-arthritisme, pas plus que la goutte ou la gravelle par exemple; mais, au même titre que ces deux affections, un accident de la diathèse. Ce qui stigmatise le nervosisme, c'est la difficulté que l'organisme présente à se mettre en « équilibre » avec les sensations conscientes ou inconscientes qui l'assaillent à chaque minute.(1) Aussi bien dans l'ordre psychique que dans l'ordre physique le nerveux ne peut, vis-à-vis de l'excitation, coordonner ses réactions volontaires et surtout automatiques, il ne peut, en d'autres termes,

(1) Voir Raymond et Janet : les Psychasténies. Paris, 1903.

s'adapter facilement au moment et au milieu présents. Il s'en suit une foule de réflexes exagérés, soit dans le sens de l'excitation, soit dans celui de l'inhibition. De plus, l'excitation ne semble pas se cantonner dans le groupe cellulaire qui est son aboutissant normal, mais se diffuser, pourrait-on dire, sur les centres voisins. En particulier, le nerveux semble présenter une «hyperréflectibilité» spéciale du système sympathique qui tient sous sa dépendance la vaso-motricité et une partie des mouvements de l'intestin. Les troubles circulatoires, les troubles intestinaux si fréquents chez les neuro-arthritiques en font foi.

La maladie, sous l'influence d'une cause quelconque, ne fait souvent que préciser, en « l'hypertrophiant » et en la localisant sur un groupe ganglionnaire, cette tendance plus ou moins grande, suivant le degré de nervosisme. Celui-ci peut se trouver accru, grâce à la mauvaise nutrition de la cellule nerveuse par modification chimique et souvent toxique des sérums qui l'entourent, ou encore grâce à une excitation exagérée dans sa force ou dans sa durée ; il s'en suit une « faiblesse

irritable » de l'élément nerveux, inapte, dès lors, à modérer et à réfléchir normalement l'excitation.

Si nous appliquons cette théorie générale à l'intestin et à la pathogénie de l'entéro-côlite muco-membraneuse, en particulier, nous pouvons nous expliquer la multiplicité des causes de cette affection.

Il s'agit, en effet, de *neuro-arthritiques*, dont le NERVOSISME s'accroît tous les jours par suite des INTOXICATIONS d'origine alimentaire et des AUTO-INTOXICATIONS d'origine intestinale suite inévitable des troubles gastro-intestinaux plus ou moins légers, plus ou moins durables qu'ils ressentent, en général, dès leur jeune âge. A ce vice de nutrition de la cellule nerveuse, s'ajoutent les MULTIPLES EXCITATIONS PSYCHIQUES. MORALES ET PHYSIQUES qu'entraîne l'existence actuelle. Sous l'influence de ces différentes causes, le système nerveux du neuro-arthritique est prêt à donner lieu au syndrôme entéro-côlite muco-membraneux, dès qu'une CAUSE PERMANENTE METTRA EN JEU PLUS PARTICULIÈREMENT LES CENTRES INTESTINAUX. Cette cause peut être quelconque, elle peut être d'origine intestinale : modification physique ou chimique du bol intesti-

nal (c'est ainsi que la constipation par défaut d'hygiène alimentaire agit), lésions légères, superficielles de la muqueuse, appendicite larvée ou chronique, compression, ptose peut-être ; elle peut être d'origine extra-intestinale : venir de l'état morbide du foie, du rein, de l'utérus, etc. (les excitations parties de ces organes allant, par l'intermédiaire de leurs centres nerveux propres et des fibres interganglionnaires, solliciter les cellules nerveuses des centres intestinaux). Elle peut aussi être d'origine centrale, cérébrale, comme cela arrive dans les cas de névroses, de violents traumatismes moraux ou psychiques.

Nous n'ignorons pas que dans l'entéro-côlite muco-membraneuse il y ait de l'ATONIE, pour nous servir de ce terme commode et vague. Mais pendant longtemps il ne s'agit que d'*atonie dynamique*, simple suppression momentanée des qualités physiologiques du muscle due à l'épuisement soit du système nerveux, soit de la fibre musculaire elle-même, résultant de l'excès de travail occasionné par le spasme. Ce qui le prouve c'est tout d'abord la succession dans le temps et dans l'espace du spasme

et du relâchement de l'intestin ; c'est, ensuite, la possibilité de faire apparaître la contraction et même la contracture par une excitation forte de l'intestin (palper brusque, massage mal pratiqué, côloclyse mal formulée, etc.). A la longue, cependant, l'excès de travail, le spasme après avoir provoqué une hypertrophie musculaire (ce qui donne au gros intestin, même au repos, « l'aspect charnu ») occasionne du côté de la fibre musculaire des phénomènes de régression atrophique. Cette atonie anatomique se traduit par la dilatation de l'intestin, avec bruit de clapottement et de glouglou, et par l'impossibilité où l'on se trouve, par la palpation, de différencier la paroi intestinale de son contenu. C'est DE PLUS UNE ATONIE FIXE DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE, n'intéressant pas d'emblée tout l'intestin, mais se montrant sur différents de ses segments. Les parties ainsi atones par lésions musculaires ne réagissent que faiblement sous l'influence des excitations énergiques ; elles ONT PERDU LA PROPRIÉTÉ DE SE CONTRACTURER.

Dans la forme diarrhéique de l'entéro-côlite muco-membraneuse, forme très rare du reste,

décrite par de Lengenhagen, il s'agit aussi d'une hyperexcitabilité des centres de l'intestin. Mais ici l'hyperfonctionnement de l'organe se traduit par l'exagération simple des actes coordonnés qui assurent la chasse régulière du bol fécal depuis le pylore jusqu'à l'anus. Dans la forme avec constipation au contraire, il y a non seulement exagération fonctionnelle mais incoordination, c'est-à-dire suppression des mouvements péristaltiques et production de spasme.

Devons-nous en conclure que l'entéro-côlite muco-membraneuse perd au profit de l'affection causale, tout intérêt clinique et thérapeutique? Ce serait aller à l'encontre des différentes observations recueillies et publiées, où les symptômes intestinaux ont persisté une fois qu'une thérapeutique causale efficace, chirurgicale quelquefois, a pu intervenir. En pathologie nerveuse, il n'est pas rare de voir les symptômes morbides fonctionnels persister alors que la cause n'existe plus ; le mauvais fonctionnement semble persister en vertu de « l'habitude acquise » quand il n'a pas engendré des lésions organiques, et le symptôme nécessite dès lors, par lui-même, un

traitement propre qui assurera une sorte de rééducation pourrait-on dire. D'ailleurs, souvent la cause nous échappe et ne saurait par conséquent bénéficier d'un traitement causal. C'est pourquoi il est nécessaire de maintenir l'unité clinique et thérapeutique de l'entéro-côlite muco-membraneuse.

Diagnostic.

Le diagnostic doit être étudié séparément dans les formes ordinaires et dans les formes graves.

Encore est on appelé à reconnaître l'entéro-côlite muco-membraneuse, soit dans l'intervalle, soit pendant les crises d'entéralgie.

Dans l'intervalle de ces crises, le diagnostic est en général facile ; il repose sur la constipation, la douleur, le rejet de débris de fausses membranes.

L'appréciation de chacun de ces symptômes peut donner lieu à des erreurs. C'est ainsi que la constipation peut exister, s'accompagner de douleurs, de flux diarrhéique, mais à aucun moment de mucosités. Il s'agit alors de constipation simple. Elle peut aussi passer inaperçue ; le malade, trompé par les selles diarrhéiques qu'il présente à diffé-

rentes reprises, ne se croit pas constipé. Un interrogatoire précis montrera qu'il s'agit le plus souvent, dans ce cas, de constipation qualitative.

Les douleurs accusées par le malade peuvent être rapportées par lui et par le médecin à l'estomac: ce n'est que par le siège exact de la douleur, par la précision des troubles digestifs, que l'on pourra les rapporter à leur véritable cause.

Faudra-t-il encore se souvenir que l'entéro-côlite muco-membraneuse peut s'accompagner de différentes gastropathies.

Parmi ces dernières, l'hyperchlorhydrie, avec ses troubles gastriques vagues après le repas, ses douleurs vives survenant 3 ou 4 heures après l'ingestion d'aliments, sa constipation, ne pourra guère se diagnostiquer que par l'examen du suc gastrique, d'une part, par l'absence de mucosités dans les selles, d'autre part.

Les douleurs dues à l'ulcère rond de l'estomac ont un caractère de transfixion particulier (douleur en broche). Les vomissements de sang pur sont fréquents.

Les mucosités, enfin, peuvent passer inaperçues,

si le malade ne se livre pas à un examen direct de ses matières.

Leur aspect variable peut donner lieu aussi à des erreurs de diagnostic : les débris de fausses membranes peuvent être pris pour des fragments de tænia (Carret), ils peuvent être confondus avec des amas de leptothrix mélangés à du lait non digéré (Broca) ; avec du blanc d'œuf coagulé et rendu en nature (Nothnagel, Potain). Ce sont là des erreurs que l'on peut éviter par un examen microscopique minutieux.

Parmi les symptômes que nous avons considérés comme secondaires, il en est qui peuvent, par leur importance aux yeux du malade, égarer le diagnostic : les troubles cardio-pulmonaires, les troubles cérébraux. Ce n'est que par l'analyse précise de leurs caractères que l'on pourra les rapporter à leur véritable cause.

Au moment des crises d'entéralgie, le diagnostic est plus délicat.

Quelquefois, et surtout chez les enfants, une maladie infectieuse quelconque peut, soit à son début,

soit à un moment donné de son évolution, s'accompagner d'hypersécrétion muqueuse du gros intestin. Notre maître, le docteur Comby, nous a dit avoir souvent observé cette particularité.

Il n'est donc pas inutile de rappeler les grands caractères qui permettront de faire le diagnostic positif de ces crises :

Antécédents nets d'entéro-côlite muco-membraneuse, période prémonitoire de constipation, douleurs vives, siégeant dans le côlon, généralisées à toute son étendue, ou, tout au moins, avec irradiation nette sur son trajet, flux diarrhéiques avec matières muqueuses, et précédés d'une recrudescence marquée de la douleur ; ventre cependant dépressible, souple, sans hyperesthésie cutanée, sensation spéciale donnée par la palpation du côlon (corde, tube de caoutchouc, tuyau de plomb), absence habituelle de fièvre (caractère non absolu).

La crise paroxystique d'entéralgie généralisée pourra être confondue plus spécialement avec la crise d'entéralgie simple, la colique de plomb, la péritonite généralisée, la crise hémorrhoïdaire.

L'entéralgie simple, bien étudiée par le profes-

seur Potain (1), ne diffère que par l'absence des mucosités : entre les paroxysmes aigus, les selles sont normales.

La colique de plomb s'accompagne de rétraction du ventre ; elle survient chez des individus présentant les stigmates de l'intoxication saturnine.

La péritonite généralisée est caractérisée par des phénomènes graves : hyperthermie ou, au contraire, hypothermie, facies spécial, hoquet, vomissements franchement porracés, constipation absolue, météorisme abdominal, avec matité dans les zones déclives.

La crise hémorrhoïdaire s'accompagne de phénomènes locaux qui ne sauraient laisser de doute ; cependant il faut songer à la coexistence fréquente des hémorrhoïdes avec l'entéro-côlite muco-membraneuse.

Dans la forme de pseudo-étranglement de la crise d'entéralgie de la còlite, on n'a pas à faire le diagnostic avec l'étranglement interne. Par le fait, il s'agit d'un véritable étranglement par spasme, mais

(1) Potain. De l'entéralgie. *Semaine médicale*, 1891.

il faudra rechercher la cause de l'étranglement. Dans l'entéro-côlite muco-membraneuse, on tiendra compte, en dehors des antécédents, de l'absence moins absolue des gaz et des matières, de la souplesse plus grande du ventre, de la moindre fréquence des mouvements péristaltiques, visibles à travers la paroi. Bientôt la débâcle diarrhéique, si spéciale, dissipera tous les doutes.

Dans les crises d'entéralgie localisée, on pourra penser surtout à l'un des syndromes douloureux néphrétiques ou hépatiques ou encore à l'appendicite.

Dans la colique néphrétique, en dehors de l'examen des urines, on trouvera les irradiations nettes le long de l'uretère, la douleur du cordon, la rétraction du testicule, la sensibilité spéciale de la fosse lombaire, qui manquent dans la crise paroxystique à forme néphrétique.

Les crises douloureuses, dues au rein mobile, s'accompagnent du déplacement du rein, appréciable à la palpation. Mais il faut se rappeler la coexistence possible des deux affections et souvent il sera difficile de rapporter les symptômes observés à leur véritable cause.

La crise de colique hépatique, avec son cortège symptomatique au complet, ne saurait occasionner d'erreurs ; il n'en est pas de même pour les crises frustes. L'examen des urines peut fournir des indications précieuses. Du reste, la douleur est localisée nettement au niveau de la vésicule biliaire (partie externe du grand droit) ; elle irradie dans l'épaule et le bras droit et ne s'accompagne pas de flux diarrhéique.

Les crises d'entéro-typhlo-côlite purement spasmodique, ne sont pas toujours faciles à distinguer, sinon de l'appendicite suraiguë, tout au moins des crises appendiculaires. Dans la typhlo-côlite, la douleur est plus diffuse, à maximum nettement cœcal, avec irradiation dans le côlon ascendant et transverse, le ventre reste souple et dépressible.

Dans l'appendicite, la douleur est plus nettement localisée au point de Mac Burney, il y a de l'*hyperesthésie* cutanée, de la *défense* de la paroi, de la *submatité* ou même une sensation de tumeur dans la fosse iliaque droite.

Mais, comme nous l'avons vu, l'entéro-côlite muco-membraneuse peut s'accompagner d'appen-

dicite : quelques-unes de ces crises d'entéro-typhlo-côlite peuvent même n'être que des crises d'appendiculo-typhlo-côlite. Dans ce cas, le diagnostic différentiel perd de son importance, la chose capitale est de reconnaître l'appendicite.

La dysenterie vraie, aiguë ou chronique, la dysenterie sporadique, la diarrhée de Cochinchine se distingueront facilement des crises dysentériformes de l'entéro-côlite muco-membraneuse, par l'aspect des matières qui ont plus franchement l'aspect de purée, par les débris de muqueuse, et par la notion étiologique.

Enfin les formes infectieuses à type dothiénentérique se distingueront de l'embarras gastrique et surtout de la fièvre typhoïde par leur début plus brusque, la marche plus rapide, la douleur abdomimale plus diffuse ; l'absence ou le peu d'abattement et de torpeur ; le caractère spécial de la douleur annonçant le flux diarrhéique ; le manque de taches lenticulaires rosées ; enfin le séro-diagnostic pourra rendre des services.

Dans ses formes continues graves, l'entéro-côlite muco-membraneuse pourra faire penser à un can-

cer viscéral, par l'amaigrissement, la teinte terreuse des téguments, les alternatives de diarrhée et de constipation, les hémorrhagies qui l'accompagnent habituellement. La palpation même pourra induire en erreur : des scybales, une masse stercorale irrégulière, pourront être prises pour une tumeur néoplasique.

Cette prétendue tumeur disparaîtra à la suite d'une purgation. De là, le précepte de Trousseau et de Barth qui recommandaient d'administrer un purgatif évacuateur avant de pratiquer l'examen.

Il faudra tenir compte de la longue évolution de la côlite en opposition à la marche rapide du cancer. Le toucher rectal, la recherche des ganglions donneront, dans bien des cas, des renseignements d'une grande utilité.

L'entérite tuberculeuse se distinguera enfin par des matières toujours liquides, sans scybales, et par les autres manifestations de la diathèse sur les différents viscères.

Traitement.

Le traitement de l'entéro-côlite muco-membraneuse a une très grande importance. Non seulement il doit être institué alors même qu'une thérapeutique active s'adresse à la cause, mais aussi il doit être appliqué alors que celle-ci reste ignorée ou a disparu.

Par un traitement approprié, nous pouvons, en effet :

A. Diminuer l'intensité du spasme de l'intestin, cause immédiate de la constipation et des douleurs ;

B. Empêcher les excitations fortes de l'intestin, origine des spasmes réflexes ;

C. Diminuer la production du mucus et des fausses membranes ;

D. Remédier à la nutrition générale de l'organisme :

E. Lutter contre les auto-intoxications d'origine intestinale.

Pour remplir ces différentes indications, nous ferons appel non seulement à l'hygiène générale et à une alimentation spéciale, mais aussi aux différents procédés de thérapeutique physique et médicamenteuse.

HYGIÈNE GÉNÉRALE. — Les malades atteints d'entéro-côlite muco-membraneuse doivent mener une vie calme, exempte de toutes émotions et passions qui pourraient surexciter et déprimer secondairement leur système nerveux ; tout excès leur est donc formellement interdit tout aussi bien les excès de travail que ceux de plaisir.

Leur vie sera réglée ponctuellement, les heures consacrées au sommeil, aux exercices en plein air, au travail, aux repas seront scrupuleusement respectées.

Les fonctions cutanées seront activées autant que possible par des bains fréquents, des frictions sèches ou à l'alcool, etc.

On veillera, enfin, à ce que l'aération des locaux destinés à l'habitation soit suffisante et facilement assurée.

Hygiène alimentaire. — Dans l'entéro-côlite muco-membraneuse, on observe non seulement des phénomènes de dyspepsie par troubles moteurs intestinaux et gastriques, mais aussi par modification des sécrétions des diverses glandes digestives. C'est dire combien il est difficile, à priori, de fixer un régime type !

Nous devons, en effet, demander à l'alimentation et cela théoriquement :

1° D'être assez riche en matières azotées, et hydro-carbonées, grasses et sucrées pour assurer en tous les cas, la ration d'entretien et, en quelques cas particuliers, la suralimentation ;

2° De ne comprendre que des aliments qui, soit par leur texture physique, soit par leur composition chimique, ne mettent que le moins possible en action la fonction motrice de l'intestin ;

3° De ne se composer que de matières non en voie de putréfaction et non putrescibles.

Pratiquement il faudra nous entourer de tous les

renseignements que nous fournissent la clinique et l'examen chimique des sécrétions sur la façon dont s'effectue la digestion. Alors seulement nous pourrons, en toute connaissance de cause, défendre ou recommander telle ou telle classe d'aliments.

La première règle à observer est de ne tolérer que les *aliments qui sont complètement digérés*. Ceux, en effet, qui, pour une raison ou une autre, échappent à l'action des sucs digestifs, agissent non seulement sur l'intestin comme corps étranger, mais aussi donnent lieu à des fermentations secondaires, origine d'auto-intoxication. On doit, en second lieu, ne tolérer, parmi les aliments digérés par un malade donné, que ceux qui, par leurs qualités physiques ou chimiques, sont les moins excitants possibles pour l'intestin.

En général (1), les viandes, surtout les viandes grasses, les graisses, les légumes verts (surtout les crudités), les poissons sont fort mal digérés. Non seulement la digestion de ces aliments est longue

(1) Pour plus de détails voir : « Le régime alimentaire dans l'entéro-côlite muco-membraneuse » par le Dr Froussard » in *Gazette des Hôpitaux*, mars 1903.

et pénible, provoquant souvent des douleurs intestinales, mais aussi on les retrouve tels quels dans les fèces.

Le régime lacté absolu ou mixte ne donne pas de bons effets dans la très grande majorité des cas, tout au moins en dehors des crises. Il n'en est pas de même lorsque le lait est employé en tant que véhicule dans les différentes préparations culinaires que nous aurons à signaler.

Les hydro-carbures, par contre, semblent parfaitement tolérés. Quelques aliments de cette catégorie (céréales, légumineuses) doivent être, toutefois, artificiellement réduits en poudre impalpable et privés des particules coriaces qui les entourent.

Avec ces farines (farines de céréales : orge, blé, avoine, maïs; farine de légumineuse: pois, lentilles, haricots, fèves ; fécules de farineux : semoule de pomme de terre, etc.) on peut préparer, suivant les besoins, soit avec du lait, soit avec des jaunes d'œufs, soit avec du beurre frais, du sucre ou du sel, des potages, des bouillies, des purées ou des soufflés. Tout l'artifice de la préparation consiste à les faire cuire três longtemps à l'eau ou au lait et

à n'ajouter le beurre qu'au moment de les servir. Nous ne faisons mention ici que du beurre, à l'exclusion de toutes les autres graisses alimentaires.

Le beurre très frais est à peu près le seul corps gras digéré, dans l'entéro-côlite muco-membraneuse, encore faut-il qu'il soit très frais et qu'il n'ait pas « cuit » avec l'aliment. Dans quelques cas, le beurre lui-même ne sera pas digéré et il faudra le remplacer par du jaune d'œuf.

Ces différentes préparations culinaires sont d'une grande utilité dans le régime alimentaire qu'elles peuvent composer à elles seules. En dehors des produits hydro-carbonés, elles contiennent, en effet, soit du fait de leur composition elle-même, soit du fait de l'adjonction du lait, du beurre, des œufs, assez de matières albuminoïdes et de matières grasses pour suffire au besoin de l'organisme.

Industriellement les farines de céréales servent à la préparation de pâtes alimentaires et du pain. Les pâtes alimentaires (pâtes d'Italie, d'Auvergne, etc.) s'emploient avec avantage, cuites très longtemps à l'eau et au sel et accommodées extemporanément avec du beurre frais.

On ne doit tolérer que l'usage du pain de Graham, ou du pain blanc débarrassé de sa mie, grillé ou desséché au four ; on peut aussi recommander les biscottes, les zuisbacks, etc.

En dehors des œufs, des farines (que l'on peut choisir maltées ou diastasées) et des pâtes, on ne conseillera le poisson maigre bouilli et la viande de boucherie ou de basse-cour fraîche, grillée ou rôtie que lorqu'on se sera assuré que leur digestion est complète. Il en sera de même pour les légumes verts que l'on ne tolérera, en tous cas, que cuits à l'eau et au sel, hachés, passés à l'étamine et accomodés au beurre sur la table du malade lui-même.

Comme dessert, on pourra autoriser l'usage du fromage cuit (gruyère, hollande), les crêmes sucrées, les compotes et les marmelades de fruits.

La boisson sera prise en petite quantité. L'eau de source est le seul liquide autorisé. La prescription des eaux minérales, du vin est laissée à la sagacité du praticien,seul juge des cas particuliers.

Les tisanes chaudes, comme les tisanes de tilleul, de camomille, etc., remplaceront avec avantage, le café, le thé.

Agents physiques. — A. *Cures d'air*. Les cures d'air et d'altitude sont tout à fait recommandables, à condition qu'elles se fassent à une altitude variant entre 400 et 1000 mètres dans des localités à l'abri du vent.

Les cures de climat marin, à quelques exceptions près, ne nous semblent pas donner de bons résultats.

B. *Hydrothérapie*. — L'application du calorique par les différentes manœuvres d'hydrothérapie peut-être externe (bains généraux, bains locaux, douches, enveloppement humide) ou interne (lavage du côlon, côloclyse).

On aura recours aux effets sédatifs de l'eau chaude en application prolongée (bains, douches). Lorsque la sédation sera trop forte, ce qui arrive chez certains neurasthéniques déprimés, on aura recours à la douche froide de courte durée, donnée sans pression après le bain chaud ou encore à la douche écossaise.

La *douche très chaude d'emblée*, ou de préférence *surchauffée progressivement* donnée sur le ventre sans aucune pression, se recommande particulière-

ment par son action sédative sur le tractus intestinal.

Les compresses chaudes sur le ventre sont un bon adjuvant du traitement hydrothérapique.

Côloclyse. — Les grands lavages du côlon ont donné et donnent de bons résultats dans l'affection qui nous occupe, mais, c'est une pratique qui peut devenir dangereuse par l'abus que les malades ont tendance à en faire. On ne doit pas rechercher seulement l'effet immédiat de cette pratique, c'est-à-dire l'évacuation des matières, mais aussi et surtout l'action du calorique sur les glandes hépatiques et rénales, sur la muqueuse et la musculaire intestinales.

Les indications de la còloclyse sont la coprostase rebelle à tous les autres moyens, les crises de diarrhée s'accompagnant de phénomènes infectieux secondaires (grande fétidité des matières, fièvre, état typhoïde), l'auto-intoxication d'origine gastro intestinale, la présence dans les selles d'une grande quantité de fausses membranes.

Sa principale contre-indication est le spasme que le lavage, prescrit dans de mauvaises conditions, peut exagérer et produire.

Ici, aussi, nous aurons recours à l'effet sédatif de l'eau chaude (35 à 40°). La pression qui assurera l'écoulement du liquide sera minime (0,30 à 0,40 centim.)

La quantité du liquide ne sera jamais suffisante pour forcer, pour dilater l'intestin. On recommandera au malade d'en arrêter l'arrivée dès qu'il sentira de la douleur et des besoins d'expulsion : en aucun cas, on n'emploiera plus de *deux litres* en une seule fois.

Bien entendu, ces lavages se feront à l'aide d'une grande canule (0,30, 0,40 de long) en caoutchouc rouge, le malade étant couché sur le côté droit.

Cures hydrothermales ou hydrominérales. — Le séjour dans certaines stations balnéaires est indispensable à quelques malades. Non seulement ils sont ainsi arrachés aux préoccupations de leurs affaires, et aux soucis de leur vie journalière, mais pendant ces quelques jours qu'ils consacrent uniquement à se soigner, ils cumulent les bons effets de l'altitude, de l'hygiène générale, du régime alimentaire et de l'hydrothérapie.

Aux différents effets produits par l'application

du calorique viennent s'ajouter les actions mal connues, peut être « catalytiques » des eaux spéciales de ces stations. Parmi elles, en France, *Chatelguyon* et *Plombières* réclament plus particulièrement les cas d'entero-côlite muco-membraneuse. Plombières convient plus particulièrement aux arthritiques avérés, aux nerveux excitables présentant du spasme et des douleurs. Chatelguyon réclame surtout les cas de dépression nerveuse ainsi que les formes torpides et atoniques.

Massage et gymnastique médicale. — Certaines manœuvres de massothérapie, les frictions et les vibrations superficielles et surtout les vibrations profondes semblent agir favorablement contre le spasme de l'intestin ; on doit par contre éviter les procédés brusques : pétrissage, hachures, claquement, etc.

Les exercices de gymnastique, qui ont pour but la contraction isolée ou synergique des muscles de l'abdomen, seront ordonnés aux malades qui présentent une grande faiblesse de la paroi abdominable. Chez ces malades, atteints ou non de ptoses viscérales, on recommandera, en outre, le port de ceintures ou de corsets spéciaux qui assureront « la

prothèse de l'abdomen »; ces « appareils » maintiendront, sans les comprimer, tout l'abdomen et la base du thorax : ils assureront, au contraire, une compression de la partie inférieure de l'abdomen de façon à remonter la masse viscérale.

Electricité. — L'application générale de l'électricité sous forme de bains, de douches, de Franklinisation, trouvera sa raison d'être dans quelques états nerveux.

L'application locale de l'électricité sur l'abdomen, sous forme de courants galvaniques, a donné de bons résultats entre les mains exercées.

Médicaments. — Nous aurons recours à certains agents médicamenteux, soit pour modifier la contraction musculaire ou l'hyperexcitabilité nerveuse (antinervins, hypnotiques), soit pour obtenir l'exonération du tube digestif, lorsque l'hygiène alimentaire et les moyens physiques resteront sans résultat.

Le valérianate d'ammoniaque, comme antinervin général, trouve ici un emploi. Les autres médicaments tels que chloral, belladone, jusquiame, opium ne peuvent être utilisés qu'en cas de fortes douleurs

ou de crises ; nous étudierons leur posologie à l'occasion de ces dernières.

Parmi les différents purgatifs, on fera une sélection judicieuse, basée sur la sensibilité du malade. Il faut toujours choisir le purgatif le moins irritant. Les sels de magnésie et surtout l'huile de ricin peuvent être employés.

Dans certains cas heureux, le miel ou la glycérine, pris à la place du sucre, suffisent à provoquer des selles journalières. Il en est de même d'une cuillerée à bouche d'huile d'olive prise le soir en se couchant.

L'huile d'olive pure, sous forme de grands lavements, semble donner des résultats appréciables. Le lavement (1/4 de litre), pris avec une grande canule, le soir avant de se coucher, est gardé toute la nuit. Les jours suivants, on diminue la quantité d'huile jusqu'à ce que les selles redeviennent naturelles.

Traitement des crises d'entéralgie paroxystique. — Jusqu'ici nous n'avons eu en vue que le traitement général de l'affection en dehors des « crises ». La conduite à tenir se modifie pendant

ces dernières, qu'elles s'accompagnent ou non de fièvre.

Le repos au lit s'impose alors. On combattra la douleur soit par l'administration du chloral (4 à 5 grammes), soit par des préparations de belladone, de jusquiame. Il y a avantage à administrer ces deux derniers médicaments ou leur alcaloïde sous forme de doses fractionnées, renouvelées jusqu'à ce que l'on ait obtenu l'effet recherché.

Autant que possible on évitera d'avoir recours à l'injection de morphine qui peut, surtout chez les nerveux, devenir le point de départ d'habitudes nuisibles. La codéine, comme calmant, est généralement employée sous forme de potion, de solution alcoolique à prendre par gouttes plusieurs fois par jour (Mathieu).

Les grands bains chauds prolongés et surtout les applications très chaudes sur l'abdomen amènent souvent une détente générale et locale.

On pourra aussi avoir recours aux frictions superficielles et au massage vibratoire.

Lorsque les phénomènes douloureux seront atténués, on cherchera à faire évacuer le contenu de

l'intestin, soit par l'administration de l'huile de ricin, soit par des lavements d'huile ou encore par des lavages intestinaux tout à fait indiqués, surtout s'ils y a des symptômes d'infection secondaire. Bien entendu le malade sera mis à la diète lactée, si le lait est mal supporté, on peut le remplacer par des « bouillies » très légères faites avec des farines comestibles, cuites à l'eau, assaisonnées ou non avec un jaune d'œuf.

TABLE DES MATIÈRES

DU MÊME AUTEUR

Contribution à l'étude de l'entéro-côlite muco-membraneuse. *Thèse*, Paris, 1900.

Etude clinique de l'entéro-côlite muco-membraneuse. *Presse médicale*, 1900.

Etude clinique et thérapeutique de la constipation chronique. *Presse médicale*, 1901.

Le lavage de l'intestin. Librairie Maloine, 1902, et *Presse médicale*, 1902.

Hygiène des constipés. Librairie Maloine, 1902, et *Presse médicale*, 1902.

Réflexions sur le corset. *Gazette des hôpitaux*, 1902.

Traitement de l'entéro-côlite muco-membraneuse. *Le Scalpel*, 1903.

Le régime alimentaire dans l'entéro-côlite muco-membraneuse. *Gazette des hôpitaux*, 1903.

Réflexion sur la pathogénie des symptômes capitaux de l'entéro-côlite muco-membraneuse. *Congrès de médecine de Madrid*, 1903.

Le traitement de la constipation. *Actualités médicales*, Baillière et fils, 1903.

Le massage de l'intestin *Journ. de Physicothérapie*, 1903.

Présentation de canules rectales à double courant. Société médico-chirurgicale de Paris, 1903.

Des rapports du spasme et de l'atonie dans la constipation habituelle. Société médico-chirurgicale, 1903.

De l'hydrothérapie dans les dyspepsies gastro-intestinales. *Journ. de Physicothérapie*, 1904.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)

·coile

903.

tômes

euse.

alités

ysic

oura

lans

rur

sic

NAME	DATE DUE